Aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité Berlin
Direktor: Prof. Dr. G. A. Wagner.

Über das Hidradenoma vulvae

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Karl Dischler

aus
Heidenheim-Wttbg.

Tag der Promotion: 9. November 1935.

Druck: Rudolph Pfau, Berlin NW 7, Luisenstraße 21.

423

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin

---

Dekan: Prof. Dr. Magnus
Referent: Prof. Dr. Wagner

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Unter den Geschwülsten der großen Labien verdienen die als Cystadenoma hidradenoides, bezw. Hidradenoma tubulare oder Hidrocystadenoma s. Spiradenoma vulvae — alles Namen, die die verschiedenen Autoren des Schrifttums dem Tumor gegeben haben — bezeichneten Fälle besondere Beachtung. Es ist das Verdienst L. Pick's, die Struktur dieser Geschwulstbildung genau beschrieben zu haben. Seit der Pick'schen Mitteilung sind eine Reihe von Fällen veröffentlicht worden, über die ich eine Uebersicht geben und denen ich 3 neue in der Charité-Frauenklinik untersuchte Fälle hinzufügen will. Ich beginne damit, aus der kürzlich erschienenen zusammenfassenden Darstellung von Kehrer die wichtigsten Angaben und histologischen Eigenschaften über die klinischen und histologischen Eigentümlichkeiten des Hidradenoms anzuführen.

Die Schweißdrüsenadenome der Vulva sind klinisch und anatomisch typische, relativ selten vorkommende Geschwülstchen. Ihr Sitz ist gewöhnlich die Außenfläche der großen Labien, man kann sie aber auch am Innenrand derselben, nahe dem Sulcus interlabialis finden. Ihre Größe schwankt zwischen Erbsen-, Kirschkern- oder Mandelgröße. Kommt es jedoch zu Cystenbildungen bei ihnen, können sie bis Walnußgröße erreichen. Im allgemeinen sind es gutartige Blastome. Sie erwecken äußerlich den Eindruck einer niedrigen„ nicht zerklüfteten Warze. Ihr Vorkommen ist gewöhnlich ein singuläres, selten treten sie multipel oder gar beiderseits auf. Sie fühlen sich derb an, sitzen im Niveau der Haut, welche sie gelegentlich etwas nach außen überragen Ihr Sitz ist also, entsprechend der Topographie der Schweißdrüsen, das Korium. Das Wachstum ist ein äußerst langsames, sie können jahrelang, ohne irgendwelche subjektiven Beschwerden zu machen, so daß sie meist zufällig, gelegentlich einer gynäkologischen Untersuchung gefunden werden. Auf ihrer Unterlage sind sie verschieblich. Durch zunehmendes Wachstum des Geschwülstchens kann es zu einer Druck-

atrophie der sie bedeckenden Haut, ja zu einer Spontanausstoßung des Tumorinhaltes kommen, so daß der Eindruck eines geplatzten Atheroms entstehen kann. Die Folge können Erosionen und Ulcerationen sein. — Pick hat nach der Entstehung des Schweißdrüsen adenoms zwei Gruppen unterschieden: Das Hidradenoma tubulare und das Adenoma hidradenoides tubulare. Bei dem ersteren besteht ein unmittelbarer Zusammenhang der Drüsenschläuche des Tumor mit den fertigen Knäuelschweißdrüsen oder deren Ausführungsgänge. Damit ist ein direkter Ausgang von diesen anzunehmen. Bei der zweiten Gruppe läßt sich dieser Zusammenhang nicht erbringen; diese Art ist aus rudimentären, embryonal verlagerten oder mißbildeten Schweißdrüsenanlagen hervorgegangen. Die Tatsache, daß die Tumoren erst mit dem 30. bis 60. Lebensjahr zur Beobachtung kommen, wird damit erklärt, daß es aus kongenitalen Anlagen in späteren Lebensjahrzehnten zur Entwicklung gut- oder bösartiger Tumoren kommen kann. — Die Neubildung besteht aus labyrintartig angeordneten Drüsenschläuchen mannigfacher Gestalt. Neben diesem rein drüsigen Bau, der öfter mit dem des Adenom malignum verglichen worden ist, findet sich ein cystischer. Infolge der dabei entstehenden intracystischen Erhebungen kann es zu einem dem Cystadenoma serosum papilliferum der Ovarien oder der Mamma ähnlichem Bild kommen. Die Aehnlichkeit des Brustdrüsen-Cystadenoms und des Schweißdrüsenadenoms erklärt sich aus dem ähnlichen morphologischen Bau der Schweiß- und Brustdrüsen. Aehnliche Bilder sind auch bei dem Cystadenom der bartholinischen Drüsen beschrieben worden. Unter den bis jetzt veröffentlichen Fällen hat sich bis vor kurzem kein einziger gefunden, dessen histologischer Aufbau sichere Anhaltspunkte für Malignität ergeben hätte. In der Zeit, in der diese Arbeit im Entstehen war, wurde von Eichenberg über weitere Fälle berichtet, darunter auch über einen solchen, dessen maligne Struktur sichergestellt werden konnte. Der Verlauf der Schweißdrüsenadenome ist demnach im allgemeinen ein harm- und symptomloser. Aber bei der jetzt bekanntgewordenen Möglichkeit der malignen Entartung, wird die Therapie immer eine radikale sein; man wird sie also weit im Gesunden exstirpieren, da sie auch bei histologischer Gutartigkeit erfahrungsgemäß recidivieren können, wenn der Tumor ungenügend entfernt wird. — Für die histologische Diagnose des Hidradenoms

wird als Hauptkriterium nach Ansicht aller Autoren ein charakteristischer, zweischichtiger Epithelbelag der Drüsenschläuche oder der cystisch erweiterten Räume mit nachweisbarer Grenzmembranen gefordert, wie er in den Knäuelgängen normaler Schweißdrüsen vorhanden ist. Eine genauere histologische Beschreibung dieses Befundes folgt in den nachher zu erörternden Fällen. — Erwähnen möchte ich noch das Schrifttum der Dermatologie, in dem das Hidradenom durch Gans und Jaddassohn beschrieben worden ist. Die wichtigsten mir zugänglichen Beobachtungen des Schrifttums lasse ich jetzt in Kürze folgen:

Braun und Schickele veröffentlichten 1892 und 1902 Arbeiten über cystische Tumoren an der Vulva, die erst später durch die grundlegende Beschreibung der Pick'schen Fälle ihre Einreihung in die Hidradenome gefunden haben.

Ich komme nun zu einer kurzen Beschreibung der Pick'schen Fälle. — Bei dem ersten Fall handelt es sich um eine 49jährige Patientin, bei der es im Laufe von 2 Jahren zur Entwickelung eines kleinen Knötchens im Bereich der linken großen Labie gekommen ist, welches mit einem ebensolchen zur Entwicklung gekommenen der rechten Seite korrespondiert. Es ragt über das Hautniveau, ist von der Haut nicht deutlich trennbar, dagegen auf seiner Unterlage verschieblich. Es findet sich ein rundlicher Tumor von 3 mm Durchmesser, von Korium-Bindegewebe umgeben. Von der Epidermis ist er durch eine Bindegewebslage getrennt, der untere Pol liegt im subkutanen Fettgewebe. Das Cutisstroma legt sich konzentrisch in dichten Zügen wie eine Kapsel um den Tumor. Letzterer besteht aus regellos durcheinanderziehenden Drüsenschläuchen, in denen das Bindegewebsstroma zurücktritt. Durch das zentripetale Eindringen von Bindegewebszügen ergibt sich ein lobulärer, septierter Aufbau des Tumors. Die Gestalt und Anordnung der Drüsenröhren wechseln sehr. Sie sind teils parallel angeordnet, bald quer getroffen oder zeigen gewundene verschlungene Teilungen. „Harfenseitenartig". Das Zentrum des Tumors erinnert infolge der labyrinthischen Durchflechtung der Kanälchen an gewisse Tumoren des malignen Adenoms. An der Peripherie besteht Neigung zu cystischen Dilatationen. Die Drüsenröhren weisen eine zweischichtige Auskleidung auf: Die innere Schicht ist eine hohe

Cylinderepithelschicht mit freiem, etwas vorgewölbtem Rand und basalgestellten Kernen. Auf einer bindegewebigen Grenzmembran findet sich auf Längsschnitten eine kontinuierliche Lage von einkernigen Spindelzellen. Die zweite Zellschicht fehlt an manchen Stellen. Dann findet sich nur ein einschichtiges, zylindrisches oder kubisches Epithel, das der Grenzmembran unmittelbar aufsitzt. Die Drüsenschläuche sind meist leer, manchmal findet sich feinkörniger Inhalt. Das Stroma besteht aus fibrilärem Bindegewebe mit mittlerem Gefäßreichtum. Das Korium der Umgebung enthält gröbere und feinere Haare, Talgdrüsen, Schweißdrüsen und Bündelchen glatter Muskelfasern. Einige Schweißdrüsen sind hypertrophisch cystisch dilatiert. Es bestehen keine Beziehungen zu dem fibrösen, inkapsulierten Tumor. Ihre Gänge zeigen stellenweise genau die nämliche Doppelschicht wie die Röhrchen im Tumorknoten. An einer Stelle läßt sich ein Zusammenhang der Geschwulst mit der Epidermis nachweisen.

Bei dem zweiten Fall wurde bei einer 45jährigen Frau ein breitgestielter, pilzförmig aufsitzender, auf der Unterlage beweglicher, erbsengroßer, mäßig derber Tumor exstirpiert, der von glatter Haut überzogen ist. Sitz des Tumors ist die rechte große Labie. Der ins Korium eingelagerte Tumor besteht aus einem Drüsenlabyrinth. Die zellige Auskleidung der Schläuche ist teils einfach, teils zweischichtig. Ein Zusammenhang der Geschwulst mit der Epidermis ist nachweisbar. Die Epidermis treibt hier in das Korium solide Epithelsprossen, die stellenweise drüsige Lumina bilden, und in die Lumina der Drüsenschläuche übergehen. Die Membrana propria ist an den Drüsenschläuchen überall nachweisbar.

Ruge beschreibt 1905 ein „malignes Adenom der Schweißdrüsen" der Vulva mit mehrschichtiger Epithelproliferation, Durchbrechung der Membrana propria, partieller Metaplasie der Cylinder- in Plattenepithelien und Hornperlenbildung. Die Malignität ist aber von anderen Autoren (Robert Meyer) nicht anerkannt worden, da klinisch noch histologisch hinreichend Anlaß dafür gegeben ist. Die Mehrschichtigkeit des Epithels ist kein genügender Beweis, ein infiltrierendes Wachstum konnte nicht gefunden werden.

Ein weiterer Fall wäre der Fleischmann's, der über einen typischen Fall von Hidradenom berichtet.

Groß veröffentlicht eine Beobachtung bei einer 43jährigen Frau, die multiple, im Korium liegende Knötchen an der linken großen Labie aufweist. Die Knötchen sind von einer bindegewebigen Kapsel umgeben, die Tumoren selbst bestehen aus einem Netzwerk von Schläuchen, deren Lumen rundlich, oval oder sternförmig ist. An längs getroffenen Schläuchen sind stellenweise Sprossungen des Epithels nach innen und Papillenbildungen zu sehen. Das Stroma ist spärlich. Die Epithelauskleidung der Drüsenschläuche ist ein doppelschichtiger typischer Zellbelag mit Membrana propria. Ein Zusammenhang der Drüsenschläuche mit der Epidermis ist an einer Stelle nachweisbar.

R. Schröder beschreibt 1911 ein in der rechten Labie sitzendes „endocystisches Schweißdrüsenadenom" von Walnußgröße, das mit der Epidermis nicht in Verbindung steht.

Im Williamson'schen Fall handelt es sich um eine bei einer 62-jährigen Frau am freien Rand der rechten großen Labie bestehende kleinerbsengroße Geschwulst mit ulcerierter Oberfläche. Das Drüsengewebe ist durch Septen in Läppchen aufgeteilt. Es besteht aus ungeordneten, unregelmäßigen Drüsenschläuchen, die in ein zartes losemaschiges bindegewebiges Stroma eingehüllt sind. Die Zellschicht ist teils eine einfache Lage mit Zylinderepithelien und anliegender Basalmembran. Einige Acini sind cystisch erweitert und bilden cystische Räume Andere Schläuche zeigen zwei-, manchmal mehrschichtiges Epithel. Die Basalmembran ist aber immer nachweisbar. Manchmal finden sich unregelmäßige Verzweigungen und Anastomosen der Schläuche. Stellenweise sind eingesprengte Haufen solider Säulen epithelialer Zellen nachweisbar, die aber gegen das umgebende Bindegewebe scharf abgegrenzt sind. Dieses Verhalten veranlaßt den Verfasser, an eine maligne Natur des Tumors zu denken. Der klinische Verlauf und die Ansicht anderer Untersucher rechnen ihn aber zu den Pick'schen Fällen.

Eine Veröffentlichung zweier typischer Fälle von Hidradenoma vulvae stammt von Hammer bei einer 59jährigen und 39jährigen Patientin. Bemerkenswert sind bei dem einen Fall große cystisch erweiterte Hohlräume und gelegentliche mehrschichtige Auskleidung. Eine Verbindung mit der Haut ist in beiden Fällen nicht nachweisbar. Im umgebenden Korium finden sich Haare, Talg- und Schweißdrüsen.

Frattin nähert sich in seiner Arbeit über einen Fall von Hidradenoma der Ansicht Ruge'es, doch ist auch bei diesem ein desstruktives Wachstum nicht sicher nachweisbar.

Ueber einen typischen Fall von Schweißdrüsenadenom wird von Stern berichtet. Ein Zusammenhang mit der Hautoberfläche ist nicht nachweisbar, dagegen mit einer mißgebildeten Schweißdrüse.

Bei einer 41jährigen Patientin gelangt durch Köhler ein weiterer typischer Fall von Hidradenom zur Veröffentlichung. Bemerkenswert ist bei diesem Fall, daß es bei der den Tumor deckenden Haut zur Druckatrophie gekommen war.

Der Hansen'sche Fall ist identisch mit dem Fall, den Aschheim 1922 in einer Sitzung der Gynäkologischen Gesellschaft zu Berlin demonstriert. Bei einer 27jährigen Patientin findet sich ein etwa taubeneigroßer Tumor mit geschwüriger Oberfläche in der linken großen Labie, dessen Umgebung infiltriert und gerötet ist. Auf der Unterlage ist er verschieblich. Der Tumor wurde in Lokalanaesthesie entfernt. Der im Korium gelegene Tumor zeigt an der stark entzündeten arrodierten Oberfläche Drüsenausführungsgänge, die sich bis in die Geschwulst hinein verfolgen lassen. Die von einer bindegewebigen Kapsel umgebene Geschwulst zeigt ein Konglomerat von wirr durcheinanderziehendn Drüsenschläuchen, die teils längs, teils quer getroffen sind. An der Basis der Geschwulst ist es zur Entwickelung größerer Cysten mit Wanderhebungen gekommen. In der Mehrzahl der Drüsen findet sich typischer, zweireihiger Zellbelag mit aufsitzender Basalmembran. An einer Reihe von Drüsen finden sich große protoplasmareiche Epithelien, die einschichtig auftreten. An den Mündungen der Ausführungsgänge geht die innere Zylinderzellschicht allmählich in Plattenepithel über. Der Bau der Drüsen ist nicht überall der gleiche, vielfach findet man Bilder, wo die innere Zylinderzellschicht mehrreihig erscheint, oder die äußere Spindelzellschicht fehlt. Der Tumor ist gegen die Umgebung überall scharf abgegrenzt.

Robert Meyer berichtet über 4 Fälle mit typischem intracystischem Bau und papillomatösen Wucherungen. An einzelnen Stellen, im Bereich des Stroma ist Kalkablagerung zu finden. Das Stroma ist an Zelldichte und Fibrillengehalt äußerst wechselnd. Je zellreicher das Stroma ist, desto lebhafter ist die Ausbildung der Drüsenschläuche. An einer Stelle besteht ein breiter Zusammen-

hang mit dem Oberflächenepithel der äußeren Haut. Einmal läuft ein Schweißdrüsenausführungsgang direkt bis an das Cystenepithel. „Es handelt sich um Fehlbildungen mit beschränktem Wachstum, doch muß mit der Möglichkeit einer geschwulstmäßigen Entartung gerechnet werden. Die Entstehung ist aus unfertigen Schweißdrüsen abzuleiten."

1924 berichtet Fitzler über einen weiteren Fall aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité.

Arns veröffentlicht einen Fall eines intracystären Papilloms des linken Labium majus als „Kombination von Retentionscyste eines Drüsenausführungsganges, wahrscheinlich einer Schweißdrüse, mit einem echten proliferierenden Tumor, ausgehend von der Wand einer Cyste." Nach anderen Untersuchern (Kehrer) unterscheidet er sich aber in nichts von den übrigen Beschreibungen des Hidradenoms. Ein sicheres infiltrierendes Wachstum ist nicht nachweisbar. Das Epithel der papillären Epithelüberzüge ist an manchen Stellen insofern atypisch, als es eine starke Schichtung aufweist und an diesen Partien seinen streng spezifischen Charakter verliert, polymorphe Komplexe bildet und so den Eindruck des atypischen Wachstums macht. Infolge dieser Atypie ist Verfasser dafür, hier ein präkanceröses Stadium anzunehmen.

Aus dem Institut Robert Meyer beschreibt Hoeck bei einer 50jährigen Frau einen an der Innenseite der linken großen Labie sitzenden, etwa mandelgroßen, derben, breitbasigen „Polyp", der sich bei der histologischen Untersuchung als ein Hidradenom erweist, das im Gegensatz zu den bisher bekannten Fällen nicht intracystische papillomatöse Form hat, sondern eine durchweg schlauchförmige Struktur besitzt. Bemerkenswert ist noch eine hyaline Sklerose des zentralen bindegewebigen Stromas.

Bei der Beobachtung eines Falles durch Blau kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß es sich bei dem beschriebenen Fall ohne Zweifel um ein Schweißdrüsenadenom des äußeren Genitale handelt. Er unterstreicht die Pick'schen Forderungen, welche die histologische Diagnose aus der charakteristischen Doppelschichtigkeit der in den vielfach verschlungenen Drüsenschläuchen vorkommenden Epithelien und aus dem Vorhandensein einer Granzmembran, welche den Epithelien anliegt, entnehmen. Weiter ist der Verfasser der Ansicht, daß wesentliche Abweichungen vom normalen Typus des Schweißdrüsenadenoms, wie Unregelmäßigkeiten oder Mehrschichtigkeit des

Epithels oder Fehlen der Grundmembran die Diagnose Carcinom noch nicht rechtfertigen, und die Zugehörigkeit zum Bereich der Adenome noch nicht ausschließen. Die in dem Fall vorkommenden Zellbalken und -Stränge atypisch gewundener Zylinderzellen haben nicht die Bedeutung malignen Wachstums, sondern sind noch als lumenlose Anlagen zu Scweißdrüsen aufzufassen. Dann darf aus dem Umstand eines Kapseldurchbruches des Tumor nicht auf Malignität geschlossen werden, sondern dies berechtigt nur zu der Annahme eines starken zentrifugalen Wachstums des ganz oberflächlich gelegenen Tumor. Man muß aber infolge dieser Atypien an die Möglichkeit der malignen Entartung denken. Es bleibt deshalb die Forderung zu Recht bestehen, die kleinen warzenähnlichen oder knötchenförmigen Tumoren radikal zu exstirpieren, auch wenn sie klinisch eines durchaus gutartigen Eindruck machen.

Im Anschluß hieran sei über einen Fall Schiffmann's berichtet, welcher ein „Schweißdrüsenadenocancroid" der Vulva beschreibt. Es handelt sich um einen pilzförmigen, durch tiefe Einschnitte gegliederten Tumor, der von der Außenseite des oberen Drittels der linken großen Labie einer 40jährigen Nullipara ausgeht. Neben dem charakteristischen adenomartigen Anteil mit zweischichtigem Epithel, einer höheren inneren und äußeren flachen Schicht, finden sich eingewuchert Epithelzellen polymorphen Charakters und metaplastische Umwandlungen von Zylinderzellen in flache bis platte Zellen, die an manchen Stellen gut ausgebildete Hornperlen zeigen. Andere Untersucher (Kehrer, Blau) lehnen die Diagnose Cancroid ab, insbesondere wegen des Fehlens desstruktiven Wachstums. Nur wegen der unregelmäßig angeordneten Haufen polygonaler Zellen, die im Rahmen des Tumors selbst infiltratives Wachstum und metaplastische Vorgänge mit cancroidperlenartigen Bildungen zeigen, wird die Bezeichnung als Cancroid bedingt aufrecht gehalten.

1924 berichtet Fitzler über einen weiteren Fall aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité.

Der Burg'sche Fall ist ein sicheres Hidradenom. Auch hier ist wieder die Aehnlichkeit des Aufbaues der Geschwulst mit einer Schweißdrüse nachweisbar. Es finden sich Zweischichtigkeit des Epithels, ekennbare Membrana propria, Sekretionsprodukte innerhalb der Drüsenschläuche. Verfasser hält den Tumor für gutartig.

Es folgt nun als letzte Veröffentlichung des Schrifttums der letzten Zeit die Arbeit Eichenberg's, die neben einer Reihe typischer Fälle von Hidradenomen einen sicheren Fall von Carcinoma adenomatosum, entstanden auf dem Boden eines Schweißdrüsenadenoms bringt. Verfasser hebt ebenfalls die Bedeutung der Zweischichtigkeit des Epithels für die Frage der Genese hervor. Durch die Uebereinstimmung mit dem Epithel der Schweißdrüsen. Als fast regelmäßiger Befund ergibt sich bei diesen Fällen das Vorkommen meist cystisch dilatierter Schweißdrüsen in der Umgebung der Geschwulstkapsel, bei einem Fall sogar mit einer ausgesprochenen Hyperplasie derselben. Dieser Befund spricht für eine kongenitale Störung in der Schweißdrüsenanlage. Weiterhin finden sich gelegentlich Anomalien in der benachbarten quergestreiften Muskulatur. Sitz des Tumor ist fast immer die große Labie. Mikroskopisch findet sich die intracystische papilläre Form mit fließenden Uebergängen zu adenomatöser Struktur. Es besteht in einigen Fällen Neigung zu Epithelproliferation ohne Anhaltspunkte für Malignität. Verfasser bemerkt, daß die in der Literatur beschriebenen Fälle, bei denen sich Epithelproliferation findet, stets recidiv- und metastasenfrei geblieben sind. Die Grenzüberschreitung geht dabei nie über die Tumorkapsel hinaus. Ein Zusammenhang mit der Labienoberfläche kann nur einmal nachgewiesen werden. Verfasser ist außerdem der Ansicht, daß beim Wachstum der Geschwulst in Richtung zur Oberfläche das Plattenepithel auf den Reiz hin (kollaterale Wucherung) dem Tumorzapfen in die Tiefe entgegenschicken kann, so daß es unmöglich wird, zu entscheiden, was das Primäre und was das Sekundäre ist. Bei sicherem Nachweis eines Ausmündungsganges an die Oberfläche hat der Zusammenhang schon immer bestanden. Im bindegewebigen Grundgerüst können Stauungsblutungen, Oedem und regressive Veränderungen vorkommen. Gelegentlich besteht subepitheliale Infiltration. Besonders erwähnt sei das Vorkommen sogen. „großer blasser Epithelien", die für Adenofibrome und intracystische Papillome der Mamma etwas sehr Häufiges sind. Da die Milchdrüsen als modifizierte Schweißdrüsen anzusehen sind, so wäre das Vorkommen dieser Epithelien damit erklärt. — Bei dem Fall, dessen histologische Untersuchung ein sicheres Adenocarcinom ergeben hat, handelt es sich um eine 30 Jahre alte Frau, die an der linken großen Labie unter der Haut eine

etwa mandelgroße verschiebliche Geschwulst aufweist. Der Knoten wurde exstirpiert. Es handelt sich um ein 5 mm großes intracystisches Papillom, das zunächst die typischen Merkmale eines Hidradenoms zeigt. Auffallend ist aber eine ungewöhnliche starke Epithelproliferation und das Einwachsen von Zellsträngen und -Schläuchen in die Umgebung. Das gewucherte Epithel füllt große Hohlräume völlig aus und sendet Fortsätze nach allen Seiten auch in und über die Kapsel. Deshalb wurden die linke Labie und die Lymphknoten der linken Seite noch exstirpiert. In dem entfernten Stück konnten noch Carcinomreste gefunden werden, außerdem waren die Lymphknoten bereits metastasisch befallen. 2 Jahre nach der Operation ist die Patientin recidivfrei.

Ich gehe jetzt zur Beschreibung der von mir beobachteten Fälle über. Alle 3 Fälle wurden im anatomischen Laboratorium der Klinik von Herrn Prof. Aschheim untersucht und als Hidradenome sichergestellt.

Bei dem ersten Fall (Diagnosenbuch A 7300) handelt es sich um einen etwa erbsengroßen, dicht unter der Epidermis der linken großen Labie unverschieblich sitzenden Tumor, der bei einer 33-jährigen Patientin durch einen Kollegen außerhalb durch Excision gewonnen und dem Laboratorium zur Begutachtung übersandt worden war. Das gehärtete Präparat wurde in verschiedenen Durchmessern geschnitten und es wurden Haemalaun-, Eosin-, van Gieson- und Elastica-Färbungen angefertigt. Das Geschwülstchen, das etwas abgeflacht ist, weist einen Durchmesser von 5 zu 4 mm auf. Man sieht bei schwacher Vegrößerung, daß es dicht unter der Oberfläche der Epidermis gelegen und ringsum von subcutanem Bindegewebe umgeben ist. Das oberflächliche Epithel ist dicht über der Kuppe des Tumor stark verdünnt, seitlich davon zeigt es normale Dicke mit einer Reihe von Talgdrüsen. Es findet sich geringe subepitheliale Rundzelleninfiltration. Gegen seine Umgebung ist der Tumor durch eine bindegewebige Kapsel deutlich abgesetzt. Der Tumor selbst besteht aus zahlreichen labyrinthartig verschlungenen Drüsenschläuchen und cystischen Hohlräumen, um die sich die schon genannte reichliche fibrilläre Kapsel als Cystenwand legt. Stellenweise sind in ihr ebenfalls Rundzelleninfiltrationen zu sehen. Die Cystenwand trägt, wenn sie an stark dilatierte Hohlräume grenzt, ein abgeflachtes einschichtiges Epithel; an anderen Stellen,

die nicht dilatiert sind, ist das Epithel hochcylindrisch, manchmal zweischichtig. Vereinzelt sieht man papilläre Erhebungen der Cystenwand. Die Drüsenschläuche des Tumors mit ihren cystischen Dilationen und papillären Erhebungen führen als Grundstock bindegewebiges Stroma, das reichlich von der Kapselwandung, an mehreren Stellen pfeilerartig in das Innere der Geschwulst eindringt. An den Epithelien der Drüsenschläuche der reichlich verzweigten schlanken Papillen und der cystisch erweiterten Hohlräume kann man 2 Arten der Zellauskleidung unterscheiden. Einmal tritt sie zweischichtig auf, dann hat man eine innere zylindrische Schicht mit hohem Epithel, dessen gleichmäßig runder Kern teils in der Mitte, teils basal gelegen ist. Viele dieser Zellen zeigen ein etwas körniges Protoplasma, teilweise mit Vacuolenbildungen. Die äußere Zellschicht besteht aus einer im Querschnitt kubischen, im Längsschnitt spindligen Zell-Lage. Der freie Rand der inneren Zellreihe ist etwas nach außen vorgebuckelt; es sitzt ihm stellenweise eine feine Haube auf, bei der es sich wahrscheinlich um Sekretionsprodukte handelt. Die epitheliale Auskleidung ist überall mit einer bindegewebigen Grenzmembran versehen, der die Zell-Lagen aufsitzen. Ferner sieht man eine zweite Art von Zellbelag, der aber einschichtig auftritt und da und dort in größeren Verbänden „distriktartig" den Tumor durchsetzt. Er besteht aus großen dicken, höher werdenden secernierenden Zellen mit großen Kernen. Ein fließender Uebergang der niedrigen kubischen Zellen in zylindrische und allmählich in solche der höher werdenden großen secernierenden Zellen der Papillen ist an manchen Stellen deutlich festzustellen. Die bindegewebige Grundmembran ist bei den verschiedenen Arten des Epithelbelags immer nachweisbar. Die cystischen Hohlräume, enthalten z. T. Sekretionsprodukte und Detritus. Die Umgebung des Tumors ist sehr bindegewebs- und gefäßreich. Der Tumor ist überall gut abgegrenzt, Epithelproliferation oder infiltratives Wachstum ist an keiner Stelle nachweisbar. Ein Durchbruch des Tumors zum Oberflächenepithel ist an einer Stelle zu beobachten. In seiner Nachbarschaft lassen sich bei den verschiedenen Schnitten keine Schweißdrüsen nachweisen.

Der zweite Fall (Diagnosenbuch A 7030) entstammt dem Material der gynäkologischen Poliklinik der Charité. Es handelt sich um eine 32jährige Patientin, die wegen eines „Geschwürs" der rechten großen Labie zur Untersuchung kommt. Man sieht im unteren

Drittel auf der Außenfläche der rechten großen Labie ein etwa linsengroßes Ulcus mit stark abgesetzten Rändern. Bei der Palpation dieses Ulcus fühlt man unter dem Ulcusgrund ein etwa linsengroßes, prall elastisches Geschwülstchen, dessen Inhalt gallertig durchschimmert und das man bei etwas särkerem Druck hätte ausdrücken können. Das „Ulcus“ wurde excidiert und das Stückchen Gewebe wie das vorige behandelt. Es handelt sich um einen Tumor von 3 zu 2 mm Durchmesser, der seitlich von normaler Epidermis begrenzt wird. Dieselbe verliert sich dicht an der Tumorbasis und setzt sich mit wallartigem Rand gegen den Tumor ab. Subepithelial findet sich geringe Rundzelleninfiltration. Der Tumor selbst ist nicht von Epidermis bedeckt, er liegt frei an der Oberfläche, anscheinend ist es durch seine zentrifugale Wachstumstendenz zur Druckatrophie und späteren Durchbruch durch die Epidermis gekommen, um so das Bild eines Ulcus vorzutäuschen. Auch hier handelt es sich um ein Hidradenom; eine bindegewebige Kapsel ist auf den Schnitten nicht zu sehen. Es besteht aus einem Konglomerat von Drüsen mit papillären Fortsätzen und cystischen Erweiterungen, sein oberer Pol überragt die seitliche Epidermis etwas. Das dem Tumor als Unterlage dienende subepitheliale Stroma zieht in dichten fibrillären Zügen in die Drüsenschläuche ein und bildet ein mehr oder weniger reichliches Grundgerüst. Die epitheliale Auskleidung des Stromas ist teilweise einschichtiges, zylindrisches Epithel mit schmalen Kernen, die in der Längsrichtung stehen. An einzelnen Stellen sind die Kerne rundlich gestaltet. Die Epithelien sitzen einer bindegewebigen Grenzmembran mit spindligen Zellen und schmalen Kernen auf. Hie und da erscheint jedoch unter den lumenwärts befindlichen Zellen eine zweite Reihe kubischer Zellen. An einzelnen Stellen sieht man etwas größere dicke Zellen, die einschichtig auftreten und der im Fall 1 geschilderten zweiten Art Zellbelag entsprechen. Im bindegewebigen Stroma des Tumor sind reichlich Rundzellen mit Plasmazellen zu sehen. An einer Stelle sieht man einen scheinbar soliden Epithelstrang, der aber schon an einer anderen Stelle erkennen läßt, daß es sich um einen Flachschnitt an einer längs getroffenen Drüse handelt. Man hüte sich, einen derartigen Befund als maligne Entartung zu deuten. In einzelnen papillären Leisten sind zarte Elasticafasern nachweisbar, die Gefäßen angehören. Bemerkenswert ist, daß man an der Basis

des Tumor im bindegewebigen Stroma einige quergetroffene, etwas erweiterte Schweißdrüsenlumina mit typischem Epithel sehen kann. Ein infiltratives Wachstum in die Umgebung ist nirgends nachweisbar.

Der dritte und letzte Fall (Diagnosebuch A 7896) entstammt wieder dem privaten Material des Laboratoriums. Bei einer 30-jährigen Patientin fand sich an der rechten großen Labie ein pfefferkorngroßes, etwas blutig imbibiertes Cystchen und am Damm ein kleines Wärzchen, das wie ein spitzes Condylom aussah. Der kleine Tumor der Labie und das Wärzchen wurden abgetragen.

Das Cystchen unterscheidet sich von dem im vorigen Fall in Größe, Aufbau und feinerer Struktur nicht wesentlich. Auch hier war es zu einem Durchbruch des Tumors nach außen gekommen. Das Geschwülstchen zeigt zahlreiche papilläre Erhebungen mit typischem, zweischichtigem Epithel, das sein bindegewebiges Grundgerüst aus dem Stroma der Unterlage erhält. Das Stroma ist im Bereich der Kuppe der Geschwulst sehr zell- und blutreich. An der Geschwulstbasis, im Stroma der Unterlage, sind wieder eine Reihe quergetroffener dilatierter Schweißdrüsenlumina nachweisbar.

Die Mitteilung der Beobachtungen scheint mir wichtig, um die Kenntnis der beschriebenen Geschwulstform zu vertiefen, da ohne Zweifel die Diagnose Hidradenoma vulvae bei Kenntnis dieser Geschwulstform ohne Schwierigkeit gestellt werden kann. Das Schrifttum kennt bis heute 54 Fälle von Hidradenomen. Davon entstammen 23 Fälle den anatomischen Instituten der beiden Berliner Universitäts-Frauenkliniken. Sicherlich ist anzunehmen, daß die Fälle häufiger vorkommen, aber als harmlose Warzen betrachtet und daher nicht untersucht werden. Die histologische Untersuchung dieser Tumoren ist aber unbedingt erforderlich, da durch den Eichenberg'schen Fall die Möglichkeit ihrer malignen Entartung als gesichert angesehen werden kann.

Literatur.

L. Pick: Ueber Hidradenom und Adenoma hidradenoides. Virchows Archiv 175. Band. 312. 1904.

— Ueber Adenocystoma papilliferum vulvae polyposum. Arbeiten auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie und Bakteriologie. Aus dem patholog.-anatomischen Institut zu Tübingen. 4. Band. 1904.

H. Braun: Ueber Endotheliome der Haut. Archiv für klinische Chirurgie, 43 Band, S. 213. 1892.

Schickele: Weitere Beiträge zur Lehre der mesonephritischen Tumoren. Hegars Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 21, 1903.

H. Ruge: Ueber Vulvaaffektionen und ihre gynäkologische Bedeutung. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 56. Band. 1905.

Fleischmann: Beitrag zur Kasuistik des Adenoma hidradenoides vulvae. Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Bd. 21. 1903.

E. Groß: Multiple gutartige Geschwülste der Vulva ‚Adenoma hidradenoides. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 60. Bd. 1907.

W. Stöckel: Handbuch der Gynäkologie. 5. Bd. I. Die Vulva und ihre Erkrankungen. S. 429.

R. Schröder: Ueber ein Cystadenoma hidradenoides der Vulva. Zentralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. 22. Bd. Nr. 12. 30. 6. 1911.

Williamson: The Journal of Obstetrices and Gynäkolog. of the British Emp. Vol. X. 1906.

Hammer: Ueber die von den Schweißdrüsen absuleitenden Adenome der Vulva. Inaug.-Diss. Kiel 1914.

Frattin: Beitrag zur Kenntnis der Schweißdrüsenadenome. Archiv für klinische Chirurgie. 106. Bd. S. 522. 1915.

R. Stern: Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 39. Bd. S. 707.

Köhler: Schweißdrüsenadenome der Vulva. Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 44.

Aschheim: Ueber Schweißdrüsenadenome der Vulva. Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, Sitzung v. 27. 10. 1922. Zeitschr. f Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. 86.

Rob. Meyer: Schweißdrüsenadenomwucherungen und Hidradenome vulvae, ebenda.

Arns: Ein Fall von intracystärem Papillon des linken Labium majus Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, Bd. 67. I. 1924.

Hoeck: Ueber einen Fall von tubulärem Hidradenom an der Vulva. Zentralblatt .f Gynäkologie. 1926. Nr. 43, 2757.

Blau: Hidradenome vulvae. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 93, 341. 1928.

Schiffmann: Schweißdrüsen-Adenomcancroid der Vulva. Zentralbl. f. Gynäkologie. 1920. Nr. 3, 59.

E. Burg: Ueber einen Fall von Adeoma Hidradenoides vulvae. Zentralblatt f. Gynäkologie. 1930. 295.

H. Fitzler: Ueber die gutartigen Schweißdrüßenadenome der Haut, insbesondere über die Schweißdrüsenadenome der Vulva. Inaug.-Diss. Berlin 1924.

H. E. Eichenberg: Hidradenoma vulvae. Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie. 109. Bd. 3, S. 358. 1934.

O. Gans: Histologie der Hautkrankheiten. Schweißdrüsenadenome 276. Schweißdrüsencysten 257.

Jadassohn: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Geschwülste der Haut. Bd. XII. 3, 460.

Lebenslauf.

Am 4. März 1908 wurde ich in Heidenheim (Württ.) als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Karl Dischler und seiner Ehefrau Olga, geb. v. Reitz, geboren und im evangelischen Glauben erzogen. Meine Abstammung ist rein arisch. Ich besuchte das dortige Realgymnasium, an dem ich die Reifeprüfung ablegte. Die ersten Semester meines medizinischen Studiums verbrachte ich in Freiburg und Köln. Frühjahr 1928 legte ich in Köln das Vorexamen ab. Mein klinisches Studium führte mich nach Berlin, wo ich 1931 das Staatsexamen bestand. Das praktische Jahr absolvierte ich im Städtischen Virchow-Krankenhaus zu Berlin. Meine Approbation als Arzt erhielt ich am 15. September 1932. Nach einhalbjähriger Volontärassistentenzeit an der Frauenklinik der Charité wurde ich im Frühjahr 1933 Assistenzarzt an der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Neukölln, wo ich mich heute noch befinde.